

Jakość relacji małżeńskiej pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych u obojga partnerów – opis przypadku

Quality of marital relationships in patients with diagnosis of psychotic disorders in both partners – case report

Diana Żmuda^{1,2}_{A,B,D,E,F}, Małgorzata Orzeł – Górniak³_{A,B,D,E,F}, Anna Urbańska²_{E,F},
Marcin Olajossy²_{D,E,F}, Marta Makara – Studzińska¹_F

¹ Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej w Lublinie

³ Zakład Psychologii Emocji i Poznania Instytutu Psychologii Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie

Streszczenie

Niniejszy artykuł dotyczy jakości relacji partnerskiej w małżeństwie w którym u obojga partnerów zdiagnozowane zostały zaburzenia psychiatryczne tj. schizofrenia paranoidalna (F.20.0) oraz zaburzenia schizoafektywne, typ depresyjny (F.25.1). Chociaż w literaturze przedmiotu stosunkowo dokładnie opisane zostały przypadki związków partnerskich w zakresie rozpoznania choroby psychicznej u jednego z partnerów [1,2,3,4] to jednak występowanie tak specyficznych zaburzeń u obojga współmałżonków wciąż należy jeszcze do rzadkości. Niezwykle istotną wydaje się więc dogłębna analiza funkcjonowania wskazanych osób w kontekście subiektywnego postrzegania przez nich własnego związku intymnego wraz z uwzględnieniem obiektywnych, zarówno specyficznych jak i niespecyficznych objawów psychopatologicznych rzutujących bezpośrednio na jakość oraz trwałość relacji partnerskiej. Opisany w niniejszej pracy przypadek stanowi więc próbę uzupełnienia luki w zakresie istniejącej problematyki oraz przybliża interpersonalny wymiar funkcjonowania osób z zaburzeniami psychiatrycznymi wraz z uwzględnieniem klinicznych implikacji istotnych dla dalszego przebiegu choroby.

Słowa kluczowe: schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, jakość relacji małżeńskiej

Abstract

This article is about the quality of partner relationships in marriages in which both partners have been diagnosed with psychotic disorders such as paranoid schizophrenia (F 20.0) or schizoaffective disorders of the depressive type (F 25.1). Although within the literature there are relatively precise descriptions of interpersonal relations in couples with a mental disorder diagnosed in one of the partners [1,2,3,4], much less is known about couples diagnosed with profound psychopathological phenomena in both partners. It seems to be extremely important to analyze the functioning of this patient group with regard to their own perception of their intimate relationship. Moreover, it is as important to understand the effect of both specific and non-specific psychopathological symptoms as these directly project upon the quality and durability of the partner relationship. The case described here is an attempt to fill in the gaps in terms of the aforementioned notions, and bring into the light, the closer interpersonal dimensions of persons with psychotic diagnoses, taking into account as well, clinical implications important for the further course of their illness.

Keywords: schizophrenia, schizoaffective disorders, quality of marriage relationship

Wstęp

Zaburzenia psychiczne, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń psychiatrycznych niezaprzeczalnie związane są z szerokim spektrum zasadniczo negatywnych zmian zachodzących w osobowości chorego [5]. Jak podkreśla Wciórka [6] wspólnym wyznacznikiem wspomnianych kategorii klinicznych jest skłonność do występowania dezintegracji osobowości oraz ogólnej dezorganizacji życia pacjenta. To z kolei bardzo wyraźnie implikuje istotne pogorszenie psychospołecznego funkcjonowania jednostki, w tym znaczne ograniczenia w sferze nawiązywania oraz

podtrzymywania wszelkich relacji interpersonalnych jak również wysokie prawdopodobieństwo zmiany jakości i dynamiki już nawiązanego związku partnerskiego.

Obraz psychopatologiczny zaburzeń psychiatrycznych nie pozostawia wątpliwości co do generowania głębokich, negatywnych zmian w zakresie fundamentalnych wymiarów funkcjonowania człowieka tj. myślenia, spostrzegania i przetwarzania afektywnego [7]. Zmiany te w przypadku schizofrenii opierają się dodatkowo na swego rodzaju usztywnieniu poznawczym [8] będącym wynikiem urojeń, stanowczo przez chorego podtrzymywanych fałszywych przekonań [7] oraz towarzyszących im oma-

mów [9]. Do równie istotnych przejawów klinicznych zalicza się tu także szeroki zakres objawów negatywnych, w tym znaczne spłylenie afektu, alogię, osłabienie woli oraz anhedonię [10]. Warto podkreślić, iż z punktu widzenia diagnozy różnicowej przytoczone powyżej objawy mogą wystąpić również ze szczególnie intensywnymi epizodami zaburzeń nastroju, co w efekcie implikować może rozpoznanie zaburzeń schizoafektywnych. Zgodnie z aktualnie obowiązującą 10 rewizją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) rozpoznanie u pacjenta zaburzeń schizoafektywnych obejmuje współwystępowanie (lub następowanie w ciągu kilku dni po sobie) objawów afektywnych wraz z objawami psychotycznymi w trakcie tego samego epizodu choroby [11]. Poza wyraźnie zarysowanymi zmianami nastroju (depresji, manii lub obu) mogą więc pojawiać się tu również omamy i urojenia, a poziom ich nasilenia jest znacznie zbliżony [10]. Uzupełniając to o aspekt relacji interpersonalnych warto więc zastanowić się jak współwystępowanie tak głębokich nieprawidłowości oraz tak znacznych ograniczeń w sferze afektywno – poznawczej (rozpoznanych u obojga partnerów pozostających w jednym związku) wpływa na aspekt ich wzajemnych stosunków. Istotnym wydaje się również poznanie zmiennych jakościowych, które wpływają zarówno na emocjonalny jak i behawioralny wymiar dynamiki związku w kontekście dalszego przebiegu choroby oraz potencjalnych rokowań nawrotów poszczególnych epizodów.

Problematyka badawcza

Wśród światowych doniesień [8,9,12,13,14] dominował dotychczas bezkompromisowy pogląd, że osoby cierpiące na zaburzenia psychotyczne wykazują wyraźne trudności w tworzeniu i utrzymywaniu bliskiej więzi, mają znacznie ograniczony wgląd oraz nie potrafią wyczuwać potrzeb innych osób. Badacze i klinicyści pracujący ze wskazaną grupą pacjentów podkreślali, że już po wystąpieniu pierwszego epizodu choroby większość zachowań, które dotychczas cechowały pacjenta ulega znacznej degradacji i przewartościowaniu - osoba, która funkcjonowała jako kochająca i opiekuńcza nagle stawała się wyraźnie zdystansowana i obojętna wobec partnera [3]. Analizując tak mało optymistyczne wyniki badań nie powinno zatem dziwić, iż pozytywny wymiar związków intymnych pacjentów psychotycznych do niedawna stanowił jedynie wzmianki oparte zasadniczo na poglądach samego Bleulera [za:1], który wielokrotnie podkreślał, że „wiele osób chorych na schizofrenię zdolnych jest do normalnej relacji intymnej i generowania szczęścia w spełnionym małżeństwie”.

Jak się jednak okazuje wśród aktualnych doniesień klinicznych pojawia się coraz większa liczba informacji prezentujących związki partnerskie opisywanej tu grupy

osób w bardziej pozytywnym świetle [15,16]. Ze wspomnianych badań wynika bowiem, że pacjenci z diagnozą choroby psychicznej, w tym schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych będące w związku z partnerem o podobnym rozpoznaniu stosunkowo często prezentują realistyczną perspektywę małżeństwa, są również w stanie określić zarówno trudności związane z utrzymaniem własnego związku jak i sposoby ich pokonywania [16]. Okazuje się także, iż pacjenci ci pozytywnie oceniają wzajemne wsparcie współmałżonka jako wysoce dla nich korzystne z punktu widzenia dalszego leczenia oraz prognozy powrotu do zdrowia [2]. Jak ponadto wskazują przeprowadzone w przez Myung - Yee i Wochana [16] badania par małżeńskich z rozpoznaniem schizofrenii u obojga partnerów, osoby te są także w stanie wykazywać silne dążenie do utrzymania właściwego, satysfakcjonującego poziomu własnych relacji partnerskich, a nawet wypracować sobie indywidualne strategie efektywnego funkcjonowania w związku jako subiektywnego wskaźnika udanej relacji.

Powyższe dane wskazują więc wyraźnie, iż na gruncie relacji intymnej partnerów z rozpoznaniem psychoz schizofrenicznych występuje specyficzna zależność między jakością związku a wzajemną postawą i zachowaniem względem siebie. Na tej podstawie wnioskować można zatem o pojawiających się tu również implikacjach klinicznych związanych bezpośrednio z subiektywnym doświadczaniem własnej choroby oraz pozytywną prognozą dalszych jej rokowań [4].

Metody

W badaniu przyjęto za Spanier i Lewis [za: 17], że wymiar jakości relacji partnerskiej obejmuje takie aspekty jak „poczucie integracji, satysfakcji, szczęścia, przystosowania oraz komunikację”. Zgodnie z tym założeniem analizę jakości relacji u objętej badaniem pary małżeńskiej przeprowadzono z wykorzystaniem: Listy Przymiotnikowej ACL (*Adjective Check List*) – wersja „Jaki jesteś” w polskiej adaptacji K. Markowskiej [18]; Kwestionariusza Komunikacji Małżeńskiej [19]; Kwestionariusza Dobranego Małżeństwa [19] oraz Kwestionariusza Stylów Przywiązaniowych [19] autorstwa M. Plopy. Objawy psychopatologiczne opisane z kolei zostały w oparciu o wywiad półustrukturalizowany przeprowadzony z obojgiem współmałżonków jak również dokumentację medyczną. Badanie przeprowadzono w rezydualnej fazie choroby zarówno u pacjentki jak i jej męża.

Opis przypadku

Kobieta lat 37, wykształcenie wyższe, aktualnie bezrobotna. Hospitalizowana psychiatrycznie 3 razy. Pierwsza hospitalizacja miała miejsce w 2003 r., ostatnia w 2014 r. w II Klinice Psychiatrii i Rehabilitacji Psychia-

trycznej w Lublinie w związku z ciężkim epizodem depresyjnym współwystępującym z objawami psychiatrycznymi pod postacią pseudohalucynacji (brak innych objawów wytwórczych). Pacjentka przy przyjęciu do tut. Kliniki w obniżonym nastroju, silnym lęku i niepokoju, wykazywała myśli rezygnacyjne. W trakcie pobytu rozpoznano u niej zaburzenia schizoafektywne (F.25.1). Istotnym jest fakt, iż pomiędzy poszczególnymi hospitalizacjami chora regularnie korzystała z leczenia ambulatoryjnego.

W wywiadzie pacjentka podała, iż od 2 lat pozostaje w związku małżeńskim, który zawarła z pełną świadomością choroby zarówno własnej jak i partnera. Jak wynika z podanych przez kobietę informacji podjęcie związku intymnego od zawsze stanowiło dla niej wartość szczególnie istotną, choć z punktu widzenia funkcjonowania psychospołecznego pacjentka określiła siebie jako osobę wycofaną, skrytą i zamkniętą w sobie. Cechy te dominowały również po poznaniu swojego obecnego męża, chociaż wraz z upływem czasu i wzrostem zaangażowania w relację uległy one znacznemu spłyceniu. Tym samym po ok. 1 roku i 8 miesiącach znajomości pacjentka zdecydowała się zawrzeć związek małżeński ze starszym o 12 lat mężczyzną, u którego, jak wynika z dokumentacji szpitalnej w 18 roku życia rozpoznano schizofrenię paranoidalną (F.20.0).

Mąż hospitalizowanej pacjentki ma 49 lat, posiada wykształcenie wyższe, obecnie utrzymuje się z renty oraz pracy biurowej. Od momentu postawienia diagnozy przebył on 6 hospitalizacji psychiatrycznych, z czego ostatnia miała miejsce w roku 2010 także w tut. Klinice Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej. Objawy dominujące podczas ostatniego przyjęcia u badanego mężczyzny skoncentrowały się wokół czterech zasadniczych wymiarów psychopatologicznych, tj. urojeń prześladowczych, zaburzeń spostrzegania pod postacią omamów słuchowych, zaburzeń toku myślenia oraz nadaktywności ze współwystępującą bezsennością. Istotnym jest tu ponadto fakt, iż jak wynika z informacji uzyskanych na podstawie wywiadu dotychczasowe leczenie pacjenta przebiegało w sposób niesystematyczny. Chory w trakcie każdorazowego leczenia ambulatoryjnego podejmowanego bezpośrednio po uprzednich hospitalizacjach nie stosował się bowiem do zaleceń lekarza prowadzącego, co niewątpliwie mogło eskalować nawracające epizody psychiatryczne. Kluczowym aspektem zmiany w postrzeganiu przez pacjenta siebie i swojego procesu choroby przypuszczalnie było poznanie obecnej żony. Fakt ten zbiegł się bowiem w czasie z podjęciem przez badanego decyzji o stosowaniu regularnej farmakoterapii.

Na dzień dzisiejszy małżonkowie wspólnie korzystają z systematycznego leczenia ambulatoryjnego oraz wsparcia terapeutycznego udzielanego w ramach działalności ośrodka psychiatrii środowiskowej. Od

dwóch lat mieszkają razem, w codziennym funkcjonowaniu mogą również liczyć na pomoc najbliższej rodziny.

Wyniki

Informacje zebrane w wywiadzie wskazują wyraźnie, iż subiektywna ocena jakości związku badanej pary przyjmuje wymiar pozytywny oraz plasuje się w kategoriach: dobry / satysfakcjonujący. Pacjenci jednoznacznie podkreślają, że partner stanowi dla nich wsparcie nie tylko w realizowaniu codziennych obowiązków, ale także w sytuacjach wystąpienia ewentualnych kryzysów i trudności. Wydaje się mieć to znaczenie szczególnie istotne z perspektywy ostatniego epizodu choroby pacjentki, która zadeklarowała doświadczenie znacznej pomocy męża już od momentu wystąpienia pierwszych objawów chorobowych, przez okres hospitalizacji aż do chwili obecnej. Zgodnie z jej oceną miało to również istotnie korzystny wpływ na przebieg całego procesu leczenia. Na uwagę zasługuje tu także zadowalająca sfera kontaktów seksualnych. W perspektywie długości trwania związku badani ulokowali emocjonalny wymiar swojego pożycia seksualnego na kontinuum: płytkie – głęboko doświadczane. Aspekt ten pozwala więc uznać, iż seksualny wymiar związku badanej pary uwarunkowany jest aktualnym stanem psychicznym partnera. Celem uzupełnienia zebranych informacji w badaniu uwzględniono ponadto zasadnicze warunki podjęcia decyzji o zawarciu małżeństwa. Tym samym badani pytani o dynamikę swojego związku zadeklarowali, iż postanowienie to nie należało do łatwych i spontanicznych, ale stanowiło raczej rozciągnięty w czasie proces. Mechanizm taki zdaje się potwierdzać również wyniki badań uzyskanych przez wspomnianych już Myung – Yee oraz Woonchana [16], w których autorzy wykazali, iż pary z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych przechodzą 4 – etapowy proces tworzenia i utrzymywania małżeństwa. Tym samym rozpoczynając od narastającej stopniowo chęci stworzenia związku, poprzez podjęcie decyzji o pobraniu się, sukcesyjne opracowywanie strategii radzenia sobie z pojawiającymi się wyzwaniem i trudnościami, kończąc ostatecznie na próbach wzmacniania i stabilizacji podjętej relacji, partnerzy dążyli do satysfakcjonującego realizowania się we własnym związku próbując pokonywać ograniczenia wynikające z choroby.

Tak prezentujący się obraz dynamiki decyzyjności zawarcia związku intymnego uzupełnić warto również o zebrane dane kwestionariuszowe. Analiza wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Dobranego Małżeństwa [19] (**WO** – wysoki u obojga partnerów; **Skale**: *Intymność*: K i M – wysoki; *Rozczarowanie*: K – niski, M – przeciętny; *Samo-realizacja*: K i M – wysoki; *Podobieństwo*: K – wysoki; M – przeciętny) oraz Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej [19] (**Skale**: *Wsparcie*: K i M – wysoki; *Zaangażowa-*

nie: *K* – przeciętny z tendencją do niskich, *M* – przeciętny; Deprecjacja: *K* i *M* - niski) wskazują wyraźnie, iż zarówno badana pacjentka jak i jej mąż doświadczają wysokiego poziomu satysfakcji z bycia w bliskiej relacji, wykazują chęć budowania związku opartego na bliskości i zaufaniu jak również są zmotywowani do pracy nad podnoszeniem jego jakości. Uzupełniając to o aspekt komunikacji partnerskiej, na podstawie zebranych danych stwierdzić można, że małżonkowie nie mają destabilizujących problemów w zakresie wzajemnego porozumiewania się. We wzajemnych kontaktach wykazują wysoki poziom wsparcia opartego na szacunku, okazywaniu troski i wykazywania zainteresowania problemami partnera. W ich relacji nieznacznie problematyczny okazał się jedynie wymiar dotyczący otwartości. Obydwójce badani uzyskali bowiem niższe wyniki w zakresie tzw. wymiaru zaangażowania zawartego w Kwestionariuszu Komunikacji Małżeńskiej [19] (*M* – wynik przeciętny; *K* – wynik przeciętny z tendencją do niskich), który określa m.in. tworzenie atmosfery emocjonalnej odpowiadającej potrzebom partnera. Sytuacja ta wskazywać może na rzutujące w sposób bezpośredni na jakość związku ograniczone umiejętności w zakresie trafego identyfikowania realnych pragnień drugiej osoby, a tym samym w pełni efektywnego ich zaspokajania, przy czym zubożenie wglądu i otwartości w tym zakresie wynika najprawdopodobniej z obrazu psychopatologicznego choroby.

Wśród zebranych danych na uwagę zasługuje również Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych [19]. Zarówno pacjentkę jak i jej męża charakteryzuje bezpieczny styl przywiązania, co wydaje się być szczególnie istotne z punktu widzenia ram klinicznych obu analizowanych tu zaburzeń psychicznych. Uzupełniając to o aspekt relacji partnerskich fakt ten zdaje się ponownie potwierdzać doświadczanie wysokiego poziomu emocjonalnej satysfakcji z własnego związku oraz poczucie wzajemnego wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Wskazuje to również wyraźnie na pozytywne postrzeganie własnej relacji intymnej i stosunkowo wysoki poziom jej jakości.

Celem uzupełnienia zebranych danych przeprowadzono również analizę Listy Przymiotnikowej ACL [18]. W związku z koncentracją niniejszego badania na wymiarze realizacji ról partnerskich w przebiegu zaburzeń psychotycznych w analizie zrezygnowano z tworzenia poszczególnych profili osobowościowych skoncentrowanych wokół konkretnych skal. Skupiono się tu raczej na wymiarze samoopisu badanych z punktu widzenia ich subiektywnego postrzegania własnej osoby oraz osadzenia tych ocen w ramach ich relacji partnerskiej. Tym samym jak wynika z uzyskanych informacji badana pacjentka postrzega siebie jako osobę łagodną, uczuciową, ufną, wrażliwą oraz sentymentalną. Cechuje ją również troskliwość, odpowiedzialność i wyrozumiałość, chociaż zadeklarowane zostały także cechy przemawiające za skłonnością do rozpamiętywania sytuacji przykrych z tendencją do zamknięcia się w sobie – może to intensyfikować rozpoznane problemy w zakresie wglądu.

Mąż pacjentki z kolei określił siebie jako osobę odpowiedzialną, refleksyjną, sumienną, uczuciową, wrażliwą, wytrwałą oraz współczującą. Badany zadeklarował również, iż wierzy we własne możliwości, jest cierpliwy i myśli idealistycznie. Z punktu widzenia związków interpersonalnych zaprezentowany przez badanych współmałżonków zestaw cech osobowościowych w znacznej mierze przemawia za pozytywną perspektywą realizowanego przez nich związku intymnego. Biorąc dodatkowo pod uwagę, iż (jak wynika z informacji podanych przez partnerów) to właśnie miłość, subiektywnie rozumiana przez nich jako *pragnienie szczęścia drugiej osoby*, stanowi największą wartość w życiu stwierdzić można, iż badani przejawiają realistyczny obraz małżeństwa, który pomimo rozpoznanych zaburzeń psychotycznych i wynikających z nich implikacji klinicznych starają się konsekwentnie realizować. Zaprezentowana przez pacjentkę i jej męża perspektywa postrzegania wspólnego życia zdaje się przemawiać ponadto za pozytywnym wpływem wspólnej relacji na proces zdrowienia. Zmienne te doskonale wpisują się bowiem w doniesienia z badań dotyczących korzystnego rokowania u pacjentów doświadczających wzajemnego wsparcia i pomocy na gruncie relacji rodzinnych [4,16,19].

Tabela 1. Wyniki badania psychologicznego

| Osoba badana | | Kobieta (F.25.1) | Mężczyzna (F.20.0) |
|--|-------------------|---------------------|---------------------|
| Skale | | Uzyskany wynik | |
| Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa | Intymność | Wysoki (8 sten) | Wysoki (7 sten) |
| | Rozczarowanie | Niski (2 sten) | Przeciętny (3 sten) |
| | Samorealizacja | Wysoki (8 sten) | Wysoki (8 sten) |
| | Ogółem | Wysoki (8 sten) | Wysoki (7 sten) |
| Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej | Wsparcie | Wysoki (9 sten) | Wysoki (9 sten) |
| | Zaangażowanie | Przeciętny (5 sten) | Przeciętny (6 sten) |
| | Deprecjacja | Niski (1 sten) | Niski (2 sten) |
| Kwestionariusz Stylów Przywiązania | Styl Przywiązania | Bezpieczny | Bezpieczny |

Dyskusja wyników

Uzyskane wyniki wskazują na wysoką jakość relacji małżeńskiej u badanych pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychiatrycznych. Przeprowadzona analiza prezentuje pozytywny obraz opisywanego związku zarówno z punktu widzenia subiektywnej oceny partnerów jak i uzyskanych wskaźników obiektywnych. Stwierdzić można zatem, iż standardowe wymiary satysfakcjonującego związku intymnego mogą funkcjonować prawidłowo niezależnie od rozpoznania klinicznego. Jak się okazuje nawet diagnoza oparta na tak specyficznym i głęboko zaburzonym modelu afektywno – poznawczym jaki występuje w przebiegu schizofrenii i zaburzeń schizoafektywnych nie zawsze musi implikować spadek relacji interpersonalnych oraz skrajną dezadaptację społeczną na wszystkich wymiarach życia pacjenta.

Oczywiście zbadana relacja nie pozwala na generalizowanie uzyskanych wyników na całą populację osób doświadczających psychoz schizofrenicznych. Pozwala jednak dostrzec pozytywny wymiar związku partnerskiego wspomnianych osób, ich możliwości efektywnego radzenia sobie w bliskich relacjach interpersonalnych oraz ewentualne zasoby osobiste uaktywniane w sytuacjach kryzysowych. Biorąc ponadto pod uwagę ostatni epizod depresyjny badanej pacjentki nie można jednoznacznie uznać również, iż satysfakcjonująca relacja pokonując zasadniczy patomechanizm analizowanych zaburzeń stanowić będzie pełne zabezpieczenie przed nawrotem choroby. Podkreślić należy jednak wyraźnie, iż jak wynika z informacji uzyskanych od samej pacjentki poczucie bezpieczeństwa oraz pozytywne emocje uaktywniane w zakresie tak bliskiej relacji jaką jest małżeństwo stanowić mogą znaczne wzmocnienie oraz siłą motywację w przebiegu procesu powrotu do zdrowia.

Podsumowując stwierdzić należy, iż zebrane w toku przeprowadzonych badań dane stanowią empiryczny dowód na to, że pacjenci z diagnozą zaburzeń psychiatrycznych będący w związku z partnerem o podobnym rozpoznaniu mogą prezentować realistyczną i co najważniejsze pozytywną perspektywę związku intymnego, mogą efektywnie realizować obowiązki wynikające z przyjętych ról małżeńskich jak również potrafią pracować nad utrzymaniem satysfakcjonującego poziomu własnej relacji. Przyjmując więc za Ralphelem i Corriganem [8] założenie, że „*pokonywanie schizofrenii stanowi proces ciągły, polegający na opanowaniu objawów i wzmacnianiu poczucia sensu*” uznać można, iż z tak terapeutycznej perspektywy pozytywne relacje między partnerami pozostającymi ze sobą w bliskim związku stanowić będą aspekt wysoce wzmacniający na wszystkich wymiarach funkcjonowania. Szczególnie korzystnym z perspektywy pozytywnych implikacji klinicznych jest ponadto fakt, iż badani pacjenci stanowią

dla siebie wzajemne wsparcie nie tylko w okresach remisji, ale także ewentualnych w fazach zaostrzeń choroby.

Wnioski

Osoby doświadczające zaburzeń psychiatrycznych mogą doświadczać wysokiego poziomu satysfakcji z bycia w bliskiej relacji intymnej. Jest zatem możliwe także, że partner z podobnym rozpoznaniem klinicznym może mieć rzeczywisty korzystny wpływ na dalszy przebieg choroby.

Piśmiennictwo

1. Beach S. R. H., Winters K. C., Weintraub S. Marital Dissolution and Distress in a Psychiatric Population: A Longitudinal Design, *Behavioral Residential Treatment*, 1998; 1(4): 217-229.
2. Mizuno E., Iwasaki M., Sakai I. Subjective Experiences of Husbands of Spouses With Schizophrenia: An Analysis of the Husbands' Descriptions of Their Experiences, *Archives of Psychiatric Nursing*, 2011; 25(5): 366-375.
3. Seeman M. V. When and How Should I Tell? Personal Disclosure of a Schizophrenia Diagnosis in the Context of Intimate Relationships, *Psychiatric Quarterly*, 2013; 84: 93-102
4. Crowe M. Couples and mental illness, *Sexual and Relationship Therapy*, 2004; 19(3): 309-318.
5. Chuchra M. M. Czas trwania psychozy a poczucie zmiany siebie chorych na schizofrenię paranoidalną, *Roczniki psychologiczne*, 1999; II: 185-205.
6. Wciórka J. Psychozy schizofreniczne. W: Bilikiewicz A. red., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. wyd.3., Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 270-309.
7. Seligman M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L. *Psychopatologia*. Poznań; Wydawnictwo Zysk i S-ka: 2003.
8. Beck A. T., Rector N. A., Stolar N., Grant P. Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia. Kraków; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: 2010.
9. Wciórka J., Pużyński S. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków – Warszawa; Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii: 1998.
10. Wciórka J. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wrocław; Elsevier Urban & Partner: 2008.
11. Morrison J. Diagnoza psychiatryczna. Praktyczny podręcznik dla klinicystów. Kraków; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: 2012.
12. Manley M. *Psychiatria. Praktyczny przewodnik kliniczny*. Wrocław; Elsevier Urban & Partner: 2010.
13. Gabbard G. O. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków; Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: 2009.
14. Wiener D., Andrzejewska M., Bodnar A., Rybakowski J. Zaburzenia teorii umysłu oraz empatii w schizofrenii i chorobie afektywnej dwubiegunowej, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 2011; 6(2): 85-92.
15. Schanks J., Atkins P. Psychiatric patients who marry each other, *Psychological Medicine*, 1985; 15(02): 377-382.
16. Myung-Yee Y., Woonchan S. Couples with Schizophrenia “Becoming like Others” in South Korea: Marriage as Part of a Recovery Process, *Family Process*, 2009; 48: 429-440.
17. Ryś, M. Jakość i trwałość małżeństwa: propozycja skali. *Problemy Rodziny*, 1994; XXXIV (3): 19-20.

18. Martowska K. Lista Przymiotnikowa ACL autorstwa Gough H.G., Heilbrun A. B. Jr Warszawa; Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: 2011.
19. Płopa M. Więzy w małżeństwie i rodzinie. Metody badań. Kraków; Oficyna Wydawnicza „Impuls”: 2008.
20. Perzyński J. Zawarcie związku małżeńskiego a dalszy przebieg schizofrenii, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005; 14(1/20): 61-62.

Correspondence address

dianazmuda@gmail.com